



С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

ИӨЖ

*Тақырыбы: Ауыз кілегей қабығы мен еріндер
жиегінің обыралды аурулары*

Тексерген: Тасилова А.А

Орындаған: Қазезқанов Е.Е.

Факультет: Стоматология

Курс: VI

Тобы: 12-002-01

Жоспар:

- ▶ Кіріспе
- ▶ Негізгі бөлім
 1. Обыр алды аурулар.
 2. Таралуы.
 3. Түрлері.
- ▶ Қорытынды
- ▶ Пайдаланылған әдебиеттер

“Предрак”- “precancer” терминін алғаш рет Дюбреил ұсынған. Обыр (рак- cancer) ауруының дамуына 85% жағдайда обыралды аурулар (предраковые заболевания) себепкер болады (Машкиллейсон А.Л., 1970).

Ісік алды ауру деген ұғым мүшедегі, оның шырышты қабатының клеткалары қабыну емес үрдістен пайда болған атипиялық көрініске тап болуын айтады.

Предрак немесе обыралды аурулар деп ұзақ уақыт тітіркендіруші ықпалдар әсерінен ауыз кілегей қабығындағы патологиялық өзгерістерді айтады.

Бет-жақ сүйектер аймағындағы ағзалар мен тіндерде дамиды онкологиялық аурулардың құрамында ауыз кілегей қабығының обыралды аурулары **4,2-16,4%** құрайды (Кураскуа А.А., 1988).

Обыралды аурулар 4 түрлі бағытта дамуы мүмкін:

- ▶ Прогрессия
- ▶ Прогрессиясыз өсу
- ▶ Ешқандай өзгеріссіз ұзақ уақыт болуы
- ▶ Регрессия

Объективті көріністері:

- ▶ Күңгірттенген шырышты қабат
- ▶ Ылғалдылықты жоғалту
- ▶ Микросызаттардың пайда болуына бейімділігі
- ▶ Қансырауға әкелетін қан тамырлардың айқын сынғыштығы, әлсіздігі

АУЫЗ КІЛЕГЕЙ ҚАБЫҒЫНЫҢ ОБЛИГАТИВТІ НЕМЕСЕ ШАРТСЫЗ ТҮРДЕ ОБЫРҒА АУЫСАТЫН ОБЫРАЛДЫ АУРУЛАРЫ

- ▶ БОУЭН ауруы
- ▶ Еріндер жиегінің облигативті немесе шартсыз түрде обырға ауысатын аурулары
- ▶ Сүйелге ұқсас обыралды ісік
- ▶ Ерін жиегінің шектелген гиперкератозы
- ▶ Еріннің обыралды абразивті қабынуы (МАНГАНОТТИ ХЕЙЛИТИ)

Еріндер жиегінің факультативті немесе шартты түрде обырға (рак) ауысатын аурулары

- ▶ Лейкоплакия
- ▶ Кератоакантома
- ▶ Терімүйіз
- ▶ Мүйізгектенген папиллома
- ▶ Қызыл жалпақ теміреткі және қызыл жегінің эррозиялы жаралы түрлері

АУЫЗ КІЛЕГЕЙ ҚАБЫҒЫНЫҢ ФАКУЛЬТАТИВТІ НЕМЕСЕ ШАРТТЫ ТҮРДЕ ОБЫРҒА АУЫСАТЫН ОБЫРАЛДЫ АУРУЛАРЫ

- ▶ Лейкоплакия, веррукозды және эрозиялы –жаралы түрі
- ▶ Мүйзгектенген папиллома және папилломатоз
- ▶ Қызыл жалпақ теміреткі, мен қызыл жегінің гиперкератозды және эрозиялы жаралы түрлері
- ▶ Ауыздың сәуле әсерінен кейінгі қабынуы (постлучевой стоматит)

Обыралды аурулардың өзі ауыз кілегей қабығында әртүрлі тітіркендіруші ықпалдар әсерінен дамиды.

Обырды және обыралды туындататын факторларды канцерогендік факторлар деп атайды.

- Боуен ауруы (болезнь Боуена – morbus Bowen, синонимдері эритроплакия, эритроплазия), алғаш 1912 жылы Bowen, 1937 жылы Кейр сипаттап жазған, алғашқы күннен бастап-ақ «cancer in situ» (тін ішіндегі обыр) болып саналады.
- Ауыз кілегей қабығы бетінде бір немесе екі аймақта әртүрлі көлемді. Алғашқы кезде ошақ ашық-қызыл немесе іркілген-қызыл түсті, шекарасы анық, беті тегіс, кейде ұсақ бүртікті өсіктердің пайда болуына байланысты барқыт түгіне ұқсас болады. Кейде ошақ бетінде ұсақ мүйізгектенген аймақтар пайда болып, қызыл жалпақ теміреткі немесе лейкоплакия ошағын еске түсіреді. Ауру ұзақ дамыған жағдайда кілегей қабық атрофиялануға ұшырайды және жарақат ошағының теңгейі біраз төмендейді



Рис. 11.59. Болезнь Боуэна.

Участок гиперкератоза с мелкобугристой поверхностью на слизистой оболочке щеки.



Сүйелеге ұқсас обыралды ісік

- ▶ Сүйелге ұқсас обыралды ісік (бородавчатый предрак – precancer verrucosis) көбінесе 40-50 жастағы ер адамдарда кездеседі және төменгі еріннің қызыл жиегінде жиі орналасады. Ең алғаш 1965 ж.А. Л.Машкилейссон клиникалық көрінісін сипаттаған.
- ▶ Сүйелге ұқсас обыралды ісігі обыралды ауруларының ішінде 7% құрайды.
- ▶ Жарақат ошағы жақсы шектелген және қызыл ерін жиегінде орналасқан ені 0,4-1,0 см, тығыз консистенциялы жарты шар пішіндес, ерін жиегі түсіне ұқсас немесе сұр-қызыл түсті құрылым. Беті кейде таза жылтыр келеді, кейде жұқа ақшыл-сұр түсті қабыршақтармен жабылады. Бұл кезде ол сүйелге немесе беті мүйізгектенген папилломаға ұқсас келеді. Сипап тексергенде ауырмайды және төңірегіндегі тіндердің өзгеріске ұшырамағаны байқалады.

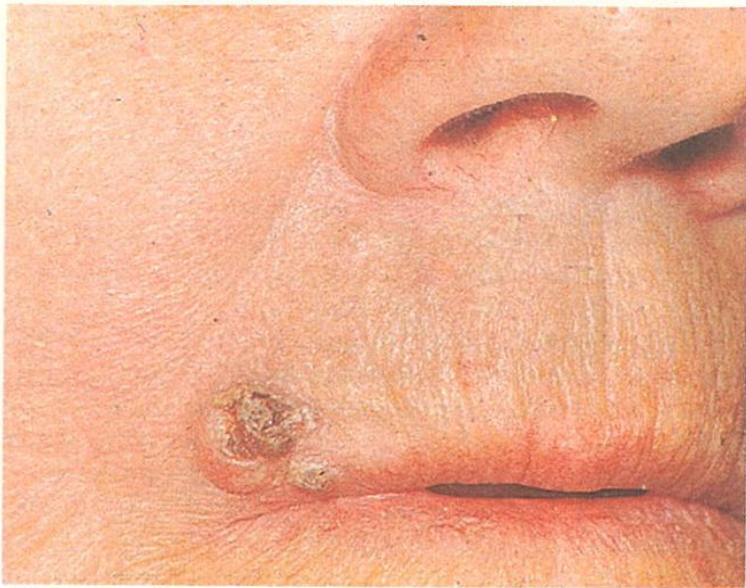
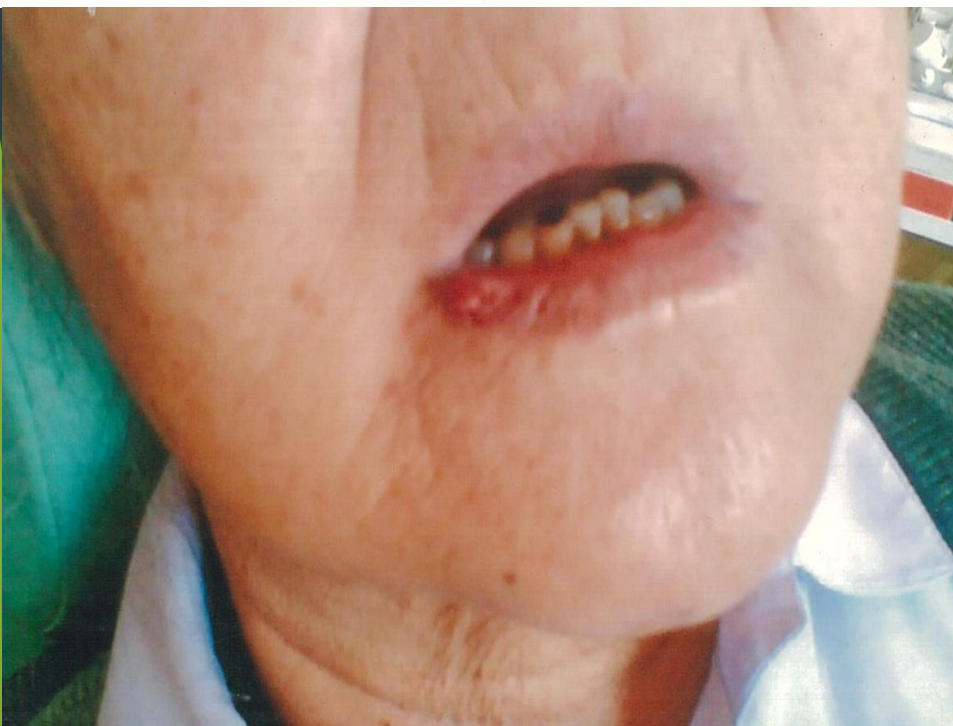


Рис. 11.60. Бородавчатый предрак.

Узелок, покрытый серыми чешуйками, на красной кайме нижней губы.



Бородавчатый предрак красной каймы губы: полушаровидное возвышающееся образование с неровной поверхностью без признаков воспаления на красной кайме нижней губы.

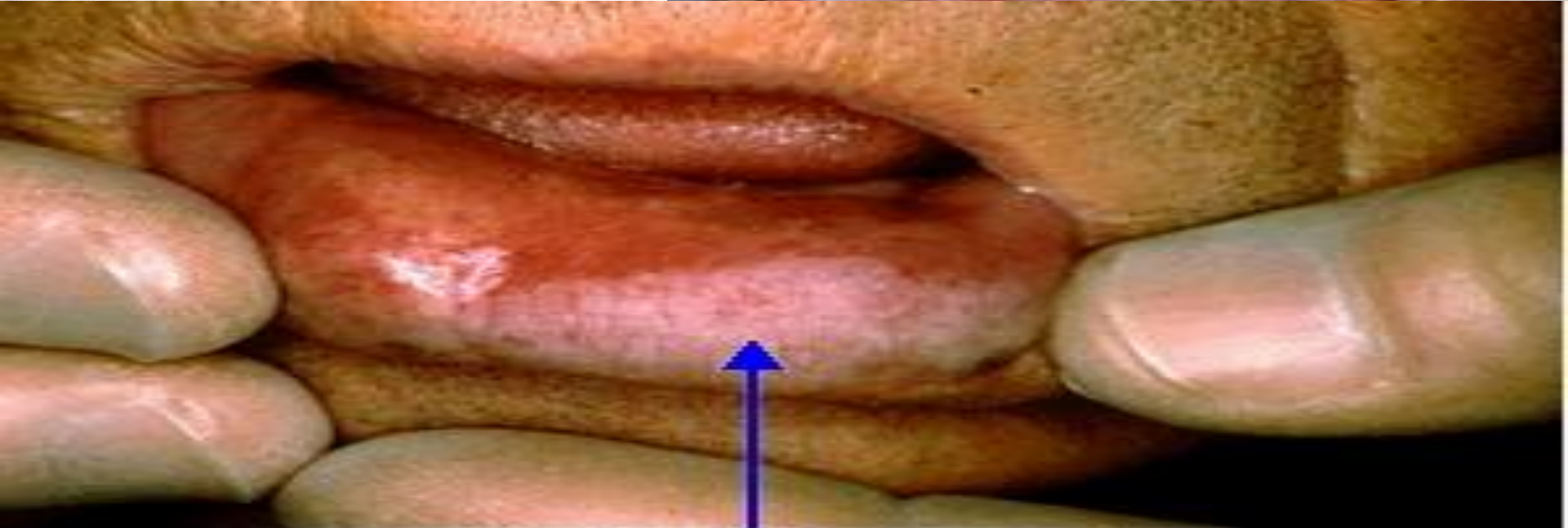


Ерін жиегінің обыралды шектеле мүйізгектенуі

- ▶ Еріндер жиегінің обыралды шектеле мүйізгектенуін (ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ – hyperkeratosis precancerosa circumscripta) өз бетімен дамыған ауру ретінде 1965 ж. А.Л.Машкиллейсон сипаттаған. Оның таралуы обыралды аурулар ішінде 8% құрайды және 30жастан асқан ер адамдарда жиірек кездеседі.
- ▶ Жарақат ошағы шағын көлемді шекарасы анық, ені 0,2*0,5 см кейде одан үлкендеу (1,5*2 см) көпбұрышты мүйізгектенген құрылым. Беті жазық, жұқа және тығыз жабысқан қабыршақтармен жабылған, сондықтан түсі ақшыл-сұр, деңгейі төңірегіндегі тіндерден төмендеу болады.



Ограниченный гиперкератоз: очаг гиперкератоза полигональной формы, слегка западающий, на красной кайме нижней губы.



Еріннің обыралды абразивті қабынуы – Манганотти хейлиті

- ▶ Еріннің обыралды абразивті қабынуын – Манганотти хейлитін (абразивный преканцерозный хейлит Манганотти – cheilitis abrasiva precancerosa Manganotti) 1933 ж. Манганотти сипаттаған. Бұл ауру жасы 60-тан асқан ер адамдарда кездеседі және шылым шегушілер арасында 28%, асқазан-ішек жолы аурулары бар адамдарда 38 % кұрайды.
- ▶ Еріннің қызыл жиегінде (көбінесе езулерге жақын) ені 0,5-1,0 см, беті тегіс және жылтыр ашыққызыл түсті белгілі пішінсіз бір немесе екі-үш эрозия ошағы пайда болады (сурет). Кейде эрозия беті сарысулы немесе қанды қабықшалармен жабылып, тез қанағыш келеді.



Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти: эрозия полигональной формы на красной кайме нижней губы без выраженных явлений воспаления.

Терімүйіз

- Терімүйіз (кожный рог – cornu cutaneum) көбінесе ер адамдарда кездеседі (жастары 60-тан асқан), тері мен еріндер қызыл жиегінде пайда болады.
- Терімүйіз эпидермалдық құрылымға жатады, тыртықты және сүйелді аймақтарда, лейкоплакия ошағында орын алады.
- Терімүйіз – мүйізді өсікке ұқсас, эпителийдің шағын аймақта шамадан тыс өсуі (гипреплазиялануы) және мүйізгектенуі нәтижесінде пайда болады
- Терімүйіздің тек өзіне ғана тән ерекшелігі бар; жарақат ошағы анық шектелген, табанының диаметрі 1 см, одан конуска ұқсап әртүрлі биіктікке (1 см, кейде одан да биіктеу) көтерілетін мүйізге ұқсас құрылымы бар өсік. Өсіктің түсі кірсұр немесе қоңыр-сұр болып келеді, консистенциясы қаттылау, аса қозғалмалы емес және ауырып мазаламайды, саны біреу, кейде екеу-үшеу болады.



Папиллома, папилломатоз

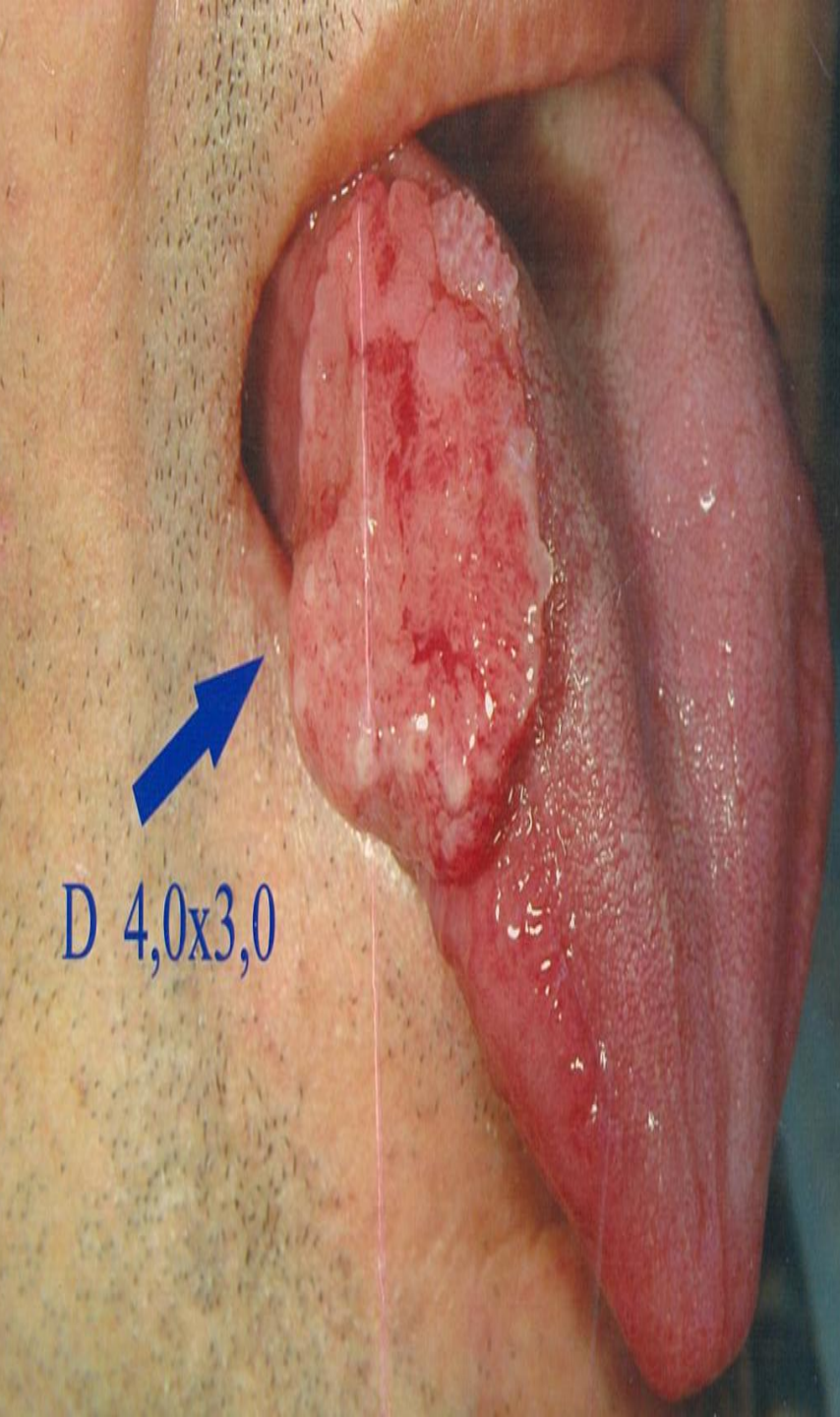
- Папиллома (папиллома - papilloma) – эпителий тінінен дамыған қатерсіз ісік, кілегей қабық бетінен біраз көтеріңкі орналасады. Сыртқы пішіні сүйелге немесе түсті капустаға ұқсайды. Кейде домалақ пішінді саңырауқұлаққа ұқсас, беті тегіс немесе кедір-бұдыр ұқсақ өсіктер байқалады, ені 1-2 мм-ден 1 см дейін, аяғы жіңішке немесе жуандау болып келеді. Беті мүйізгектенбеген папула бозғылт-қызыл түсті, консистенциясы жұмсақ, ал мүйізгектенген болса, ақшыл-сұр түсті, консистенциясы қаттылау болады. Папилломалар көбіне жергілікті зақымдаушыықпалдар әсерінен дамиды.
- Папилломатоз – кілегей қабық бетінде көптеген папилломалардың пайда болуы.



Кератоакантома

- Кератоакантома – мүйізді моллюскі (кератоакантома, роговой моллюск - keratoacanthoma) тез дамидын, кейде өз бетімен кері дамуға ұшырайтын, эпидермальды қатерсіз ісік.
- Кератоакантома сұр-қызыл түсті жарты шар пішінді ортасында үрмеге ұқсас ойығы бар, түйінге ұқсас құрылым. Ісік пайда болысымен тез өсе бастайды, аз уақыт ішінде (бір ай шамасында) көлемі 2,5*1 см жетеді. Аз уақыт ішінде ойықтың орта бөлігі оңай алынатын мүйізгекті заттарға толады. Кератоакантома ауырмайды, оңай қозғалады, қоршаған тіндерге жабыспай өседі. Ісіктің даму барысы екі түрлі: бірде 6-8 айдан кейін орнына пигменттелген тыртық қалдырып, өз бетімен жойылып кетеді, кейде қатерлі ісікке ауысады.





Канцерогендік факторлар екі топқа бөлінеді:

1. Экзогендік
2. Эндогендік

Экзогендік факторлар:

- ▶ Химиялық
- ▶ Механикалық
- ▶ Температуралық
- ▶ Ионизациялық
- ▶ Тұрмыстық
- ▶ Өндірістік

Тұрмыстық канцерогендік факторлар немесе тітіркендіргіштер:

- ▶ шылым шегу
- ▶ насыбай ату

Темекі түтінімен бөлінетін заттар:

пиридин негізділер, цианитті
туындылар, фенол, пирен, антрацен,
бензопирен канцерогендерге жататыны
дәлелденген.

Ішімдік.

- ▶ Ішімдіктің құрамындағы нитрозоқосындылар, сивушту майлар да канцерогендер қатарына жатады.
- ▶ Ауыз кілегей қабығын қуыратын және қатты тітіркендіретін дәрілер де канцерогенді әсер етуі мүмкін.
- ▶ Кортикостероидты жақпаларды ауыз кілегей қабығы ауруларын емдеуге ұзақ пайдалану да канцерогендік әсер туындатуы мүмкін.

Механикалық факторлар

Ауыз іші жағдайында кілегей қабықты ұзақ тітіркендіретін зақымдаушы факторлар (бұзылған тістер сауыттың өткір қырлары,пломбылар,ортопедиялық конструкциялар).

Термиялық факторлар:

- Темекі жануы кезіндегі ыстық температура
- Өте ыстық тағамдар (ыстық шай,кофе,сорпа)
- Өндірісте болатын ыстық бу және ауа

Электрохимиялық фактор- гальваникалық ток

- Гальваникалық ток көбінесе ауыз ішінде әртүрлі металдан істелген ортопедиялық конструкциялар, пломбылар болған жағдайда пайда болады және оның деңгейі 10мкАдан жоғары болған кезде кілегей қабықты тітіркендіріп гальванизм белгілері дамиды.

Ионизациялаушы факторлар:

Күн сәулесінің ультракүлгін спектрі:

- УКС-ұзын толқынды –УКС-А (400-300 нм)
- УКС-орта толқынды-УКС-В (320-280 нм)
- УКС-қысқа толқынды-УКС-С (280-200 нм)

УКС спектрінің ең жоғары консерогендік қасиетке ие болатыны УКС-С спектрі (220-280 дейін)

Биологиялық факторлар

- Вирустар (адамның папиллома вирусы-вирус папилломы человека), 42 түрі анықталған;
- Герпестік вирустар I және II типтері.
- Папиллома кейбір авторлардың мәліметіне сүйенсек (Жанаева Л.Д. 2000 ж) папиллома вирусы ауыз кілегей қабығындағы гиперкератоз үрдістері кезінде (Лейкоплакия) генеталий аймағындағы пролиферациялану, гиперкератоздану, паракератоздану, дискератоздану үрдістері кезінде үшкір ұшты кандиломалар, жатыр мойнының иррозиясы, қынап лейкоплакиясы, карцинома), көп мөлшерде папиллома вирустары анықталған. Осы автордың мәліметіне сүйенсек герпестік инфекциясымен ауырған адамдардың 11 % обыралды аурулар анықталған.

Эндогендік факторлар

Ауыз кілегей қабығы мен еріндер жиегінің резистенттігін төмендететін жүйелі аурулар:

- ▶ Асқорыту жолы;
- ▶ Эндокриндік жүйе аурулары;
- ▶ Витаминдер тапшылығы;
- ▶ Иммундық жүйе қызметінің төмендеуі
- ▶ Орталық және шеткейлік нервтер жүйесінің аурулары т.б.

Бес феномен, рак ауруының негізгі көріністерін білдіреді, олар мыналар:

- ▶ 1- қуысты, немесе ұлпасы қатты тіндерде, мүше қуысы бітеледі, осыған байланысты бірнеше клиникалық белгілер туындайды,
- ▶ 2- мүшенің қабырғасы зақымдалып ыдырап, бұзылады, бұл көріністе қан ағу, не ойық жара пайда болады, аталмыш белгі ісіктің экзофитті-анатомиялық түрінде кездеседі,
- ▶ 3- мүшені сырттан қысып, ауырсыну сезімі пайда болып, оның қызметі бұзылады,
- ▶ 4- ағзаның жалпы уыттануы әлсіздікпен, арықтаумен, тамаққа тәбеттің шаппауымен белгіленеді,
- ▶ 5- ісіктің түйін тастауы, ол көзге көрініп, қолға сезіледі.

Обыр алды аурулардың емі

- ▶ Ең алдымен онкологиялық мекемеге жолдама беру.
- ▶ Ракка қарсы иммунитетті қалпына келтіру;
- ▶ Зат алмасу процесстерін қалпына келтіру (витаминдер, адаптогендер тағайындау)
- ▶ *Жергілікті емдеуде* – цитостатиктер қолдану, хирургиялық емдеу жүргізгенде – лазермен коагуляциялау, төменгі жиіліктегі ультра дыбыс қолдану.

Қорытынды

Ауыз қуысы шырышты қабатының жоғарғы регенерациялық қасиеті бар. Бірақ әртүрлі қоздырғыштар созылмалы түрде әсер етуі шырышты қабаттың мүйізделу қасиетінің бұзылуына әкеледі. Ал бұл өз кезегінде обыралды ісіктердің пайда болуына әкелуі мүмкін. Осыған байланысты шырышты қабат аурулары және ауруларға әкелетін себептерді анықтау, обыр және обыралды ауруларды алдыналуға мүмкіндік береді. Обыралды ауруларды дер кезінде диагностикалау оның прогрессиясын дер кезінде тоқтатуға жағдай жасайды.

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Боровский Е.В. «Терапевтическая стоматология»;
2. Боровский Е.В. Және М.Медгиз.2002, «Терапевтическая стоматология»;
3. Дмитриева А.Л. «Терапевтическая стоматология»,Москва,Медпресе-инфори 2003г.
4. Аполихина И.А. « Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий у больных с папилломавирусный инфекцией иниталий ».Автор.дисс. кандидаты мед.наук;
5. Банченко Г.В.,Максимовский Ю.М.,Гринин В.М., « Язык-зеркало организма. Клиническое руководство для врачей » -М,2000.
6. Волегов А.И. « Устойчивость организма к злокачественным опухолем » -М, Медицина,1987;
7. Годорожа П.Д.и др. « Профилактике опухолей полости рта » ,Журнал Стоматология,1982,№1;
8. Данилевский Н.Ф.,Урбанович П.И., « Кератозы слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ », -Киев,1979;
9. Ермолов В.Ф. «Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта», мед.наук-М.,1995г.

Назарларыңызға рахмет!!!